
Dane Oferenta

Oświadczenie Oferenta

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2023
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych - badań rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów
SP ZOZ w Sanoku**

Oświadczam iż:

*- posiadam aparaturę i sprzęt posiadający odpowiednie atesty dopuszczające do użytku w Polsce,
spełniający wymagania określone w SWKO i w obowiązujących przepisach prawa oraz
wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia.*

.....
(data, miejscowość)

.....
*(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)*

Dane Oferenta

Oświadczenie Oferenta

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2023
na wykonywanie świadczeń zdrowotnych - badań rezonansu magnetycznego
na rzecz pacjentów SP ZOZ w Sanoku**

Oświadczam iż:

- posiadam wykwalifikowany personel, w tym personel lekarski, a także techniczny / informatyczny, właściwie przeszkolony do prawidłowej obsługi aparatury i sprzętu oraz zdolny do zapewnienia prawidłowego wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego.

.....
(data, miejscowość)

.....
*(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)*